

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE 557

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DENISE TULLIEZ

Née à Paris, le 2 août 1910

Accidents cutanés
dûs aux Vaccins

Président : M. TANON, Professeur

ALBI

IMPRIMERIE ALBIGEOISE

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DENISE TULLIEZ

Née à Paris, le 2 août 1910

Accidents cutanés dûs aux Vaccins

Président : M. TANON, Professeur

ALBI

IMPRIMERIE ALBIGEOISE

1938

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — Professeurs

	MM
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des mala- dies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOCAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance Médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
MELINE	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
RIETY	Pathologie médicale	LAROCHE Guy ...	Pathologie médicale
ERNARD Henri ...	Pathologie médicale	LAVIER	Parasitologie.
ERNARD Etienne	Pathologie médicale	LELONG	Pathologie médicale
SANÇON Justin	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
MULIN	Pathologie médicale	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
ULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
ATHALA	Pathologie médicale	LEVY-VALENSI..	Neurologie et Psychiatrie.
IEVALIER	Pathologie médicale	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
OSTE	Pathologie médicale	MOLLARET	Pathologie médicale
OGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale
Y	Urologie.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
UNCK	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale
ALLIARD	Parasitologie.	PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
ASTINEL	Bactériologie.	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.
E GAUDART		PORTES	Obstétrique.
D'ALLIANES ...	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophthalmologie.
AYET	Physiologie.	RICHET	Physiologie.
E GENNES	Pathologie médicale	SANNIE	Chimie biologique.
ROUD	Histologie.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
AGUENAU	Pathologie médicale	TROISIER	Pathologie expérimentale.
ALPHEN	Oto rhino-laryngologie.	TURPIN	Pathologie médicale
AZARD	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
UGUENIN	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
ANNON	Hygiène.		
ACOMME	Obstétrique.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
GLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
USQUET	Pharmacologie.	LE LORIES	Obstétrique.
AILLEY-BERT.	Physiologie.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
JENIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
ITZ-BOYER ...	Pathologie chirurgicale.		

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL - LÉRY-RADOT ..			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — Chargés de Cours

MM.	
CHIALLEY-BERT, agréé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur TANON

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

A Monsieur le Docteur LOUIS FERRABOUC

Médecin-Commandant
Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Qui inspira ce travail et le guida de ses con-
seils.

En témoignage de vive gratitude

LES ACCIDENTS CUTANÉS DUS AUX VACCINS

Les vaccins employés universellement, sont, dans la plus grande majorité des cas, de petites opérations bénignes ne comportant pas de complications.

Mais à côté de cette généralité, il existe quelques cas, peu nombreux, de complications post-vaccinales.

Nous chercherons à réunir, dans cet ouvrage, les différents accidents cutanés des vaccinations à l'exclusion des vaccines généralisées, qui formeraient à elles seules l'objet d'une étude particulière.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre :

CHAPITRE I. — Historique

CHAPITRE II. — Etudes cliniques des différents accidents cutanés :

1° Réactions cutanées de défense { eczéma ;
urticaires.

2° Dermatoses {
parasitaires { herpès : virus filtrant ;
tricophyties : champignons ;
syphilis : protozoaires ;
pityriasis rosé { origines parasitaires ;
de Gibert : { discutées.
zônâ ;
tuberculose : bactéries.

3° Dermatoses d'origine sanguine :
purpuras.

4° Dermatoses de cause inconnue ou mal connue :
psoriasis ;
dermatoses erythémateuses.

CHAPITRE III. — Pathogénie.

CHAPITRE IV. — Fréquence, Gravité et Prophylaxie.

CHAPITRE V. — Conséquences médico-légales.

CONCLUSIONS.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les accidents cutanés des vaccinations ont fait l'objet de nombreuses observations et communications, mais ces observations sont isolées et aucune communication ne porte sur l'ensemble des accidents possibles post vaccinaux.

Freemann, dans le « *British journal of Dermatology* 1902 », signale quelques cas d'éruptions post-vaccinales, mais pas d'eczéma. En 1903, *Stewalgon*, dans le « *journal of the American medical association* », donne une classification des éruptions vaccinales.

1° Eruptions dues au virus vaccinal lui-même :

- a) locales : érythème, dermite, adénite ;
- b) générales : érythème, urticaire, purpura, vaccine généralisée.

2° Eruptions dues à une infections secondaire :

- a) locale : impétigo, phlegmon, érysipèle ;
- b) générale : gangrène, syphilis ;

e) suite de vaccination : urticaire, pemphigus, furonculose, psoriasis.

Il écrit : « l'eczéma ne paraît jamais être produit ou notablement aggravé par la vaccine ».

En même temps, *Towle*, dans le « Boston médical and surgical journal », décrit un cas de pustules vaccinales développées à la suite de la vaccination jennérienne sur des plaques d'eczéma secs, anciens, situés à distance du point d'inoculation de la vaccine.

En 1904, *de Beurmann* présente à la société de dermatologie un psoriasis, apparu aux points d'inoculation de la vaccination jennérienne, chez un enfant de 5 ans.

En 1907, *Danlos* rapporte un cas d'herpès vaccinal développé chez un enfant de 6 mois : huit jours après l'inoculation, cet herpès, après s'être généralisé, guérit en quinze jours. Il pense que la pathogénie de cet herpès est incertaine : prédisposition latente, ou inoculation accidentelle de l'herpès avec le vaccin ?

La même année *Hallopeau* et *Gaston* notent un cas de psoriasis typique six jours après une vaccination jennésienne, au lieu même de l'inoculation.

Cette question du psoriasis post-vaccinal fut précisée par *Blanc*, dans une thèse présentée à Lyon en 1907, où il a pu réunir dix-neuf cas de psoriasis après vaccinations, dont deux cas inspirés par *Nicolas* et *Farre* (Lyon médical 1907). *Spillmann*, en 1909, décrit un autre cas de psoriasis post-vaccinal typique.

Depuis la guerre, et la plus grande généralisation des vac-

cinations diverses, de nouvelles observations sont présentées : *Morax*, en 1916, et *Gloagen*, en 1917, décrivent dans *Les Annales d'Oculistique* deux cas d'herpès cornéen, et trois cas d'herpès palpébro-oculaire, consécutifs à la vaccination anti-typhique.

Gougerot, en 1919, dans *Paris-Médical* réunit une série de trichophyties post-vaccinales ; en 1926, dans les *Bulletins de la Société de Dermatologie*, il note un cas de pityriasis rosé de Gibert, en 1931-1933 quelques cas de psoriasis.

Chatellier, en 1925, dans les bulletins de la Société de Dermatologie montre un cas de zona vaccinal.

Ravaut et Rabeau, en 1929, décrivent les réactions cutanées provoquées par des injections de levurine.

Dans les mêmes bulletins, *Sezary*, en 1931, note un lupus consécutif à la vaccination jennérienne, et avec *Gallerand* un érythème polymorphe, après injection d'anatoxine. *Clément Simon*, en 1937, décrit un érythème noueux géant après injection de propidon.

Quelques observations d'accidents plus rares sont publiées :

Lavergne et Bize, à la Société de Médecine des Hôpitaux, 1924 : un purpura rhumatoïde consécutif à l'injection de T.A.B.

Paisseau et Ducas, à la Société de Pédiatrie, 18 novembre 1930 : un purpura hémorragique après vaccin antidiphtérique.

Eugène Terrien (Presse médicale 1934) : un accident rare de la vaccination antityphoïdique.

Gounelle, à la Société de Médecine des Hôpitaux, 1934 : une épidémie d'herpès profus après vaccination antityphoïdique.

E. de Gregorio, dans « Les Annales de Dermatologie-vénérologie » a pu rassembler 32 cas de trochophytie cutanée après vaccination anti-variolique.

G. Andrieu un cas d'érythodermie consécutive à une vaccination associée (Société de Médecine militaire, 13 février 1936).

Perin et Huwart, Kératite syphilitique déclanchée par le vaccin T.A.B. (*Bulletin de la Société de Dermatologie*, mai 1937).

Quelques complications exceptionnelles ont été décrites : l'eczéma et l'urticaire post-vaccinaux : /

Teyssier et Tanon reconnaissent que le vaccin peut provoquer une poussée d'eczéma chez le sujet prédisposé.

Ferrabouc et Mozziconacci, dans les bulletins de la société de Médecine militaire (octobre 1937) présentent une observation d'eczéma après injection de vaccin triple, et une observation d'herpès profus après ce même vaccin.

Les urticaires vaccinales passèrent longtemps inaperçues et leur existence fut même niée par *Joltrain*, dans son livre « Les Urticaires », où il note n'avoir jamais observé d'urticaire généralisée provoquée par des vaccinations jennériennes sur 10.000 vaccinations pratiquées et 10 ans de même qu'il n'a jamais vu d'urticaire après vaccin anti-pestueux au T. A. B.

Pourtant en 1937 *Ferrabouc* communique à la Société de Médecine Militaire deux cas d'urticaires post-vaccinales : le 1^{er} consécutif à une vaccination triple, le 2^e à un vaccin antichan-

cielleux et expose les hypothèses possibles quant à l'origine de ces urticaires.

En quoi consistent exactement ces accidents, sinon nouveaux, du moins nouvellement réétudiés ? C'est ce que chercheront à montrer les observations suivantes empruntées aux travaux de nombreux auteurs.

ETUDES CLINIQUES DES DIFFÉRENTS ACCIDENTS CUTANÉS

I. — Réactions cutanées de Défense

L'eczéma et l'urticaire sont des réactions de défense acquise de la peau contre des irritations multiples chez des sujets prédisposés.

Si exceptionnel que cela soit, les vaccinations sont capables de déclancher ces accidents.

ECZEMA.

L'eczéma post-vaccinal est un eczéma aigu qui apparaît dans les jours qui suivent la vaccination autour du point d'inoculation. Il évolue par poussées successives.

Cliniquement, l'eczéma est une dermatose inflammatoire et prurigineuse, caractérisée par une rougeur congestive et œdémateuse qui se recouvre de vésicules épidermiques de 0,1 à 12m/m., tantôt palpables, tantôt recouvertes de squames et qui suintent une sérosité citrine, qui se concrète en croûte. A un deuxième stade : desquamation de l'épiderme. Les variétés

de l'eczéma sont nombreuses, mais toujours caractérisées par la présence des vésicules visibles, soit à l'œil nu, soit à la loupe après grattage méthodique.

OBSERVATION I

Ferrabouc-Mazziconacci

C. R., 21 ans, subit le 21 novembre 1936 la première injection de VACCIN TRIPLE. Il se produit une réaction locale et générale modérée. Le 25 novembre apparaît sur la face latérale gauche du cou, un placard rouge prurigieux, qui atteint la dimension d'une paume de main et devient vésiculeux, puis érosif et suintant. Le 30 novembre : nouvelle poussée qui envahit le front, les joues, la région péribuccale et repose sur un fond rouge et oedématisé ; en même temps, apparaît un prurit aux plis de flexion des coudes et aux cuisses, entraînant un grattage. Le malade, hospitalisé, est traité par des injections d'hyposulfite et sort, guéri, le 5 janvier 1937. Le 27 janvier, il reçoit la deuxième injection de vaccin triple et la réaction est plus forte que la première fois : la température monte à 38°5 et, le 1^{er} février, éruption sur la face et le cou semblable à la première. Les lésions s'infectent. Le 8 mars, il a un eczéma impétigénisé qui guérit par le traitement. Ces deux poussées d'eczéma sont les seules qu'ait jamais eues ce malade. A l'examen, tous les organes sont sains. On fait des intradermo-réactions :

Au vaccin triple + ;

Au vaccin T. A. B. + ;

A l'anatoxine dyphtérique — ;

A l'anatoxine tétanique —.

Si l'on s'en rapporte à ces infra-dermo-réactions, c'est au vaccin T. A. B. que le malade paraissait sensible.

OBSERVATION II

P. Ravaut-H. Rabeau

Une malade atteinte depuis 14 mois d'intertrigo et d'eczéma est améliorée par le traitement local iodé, et le traitement général iodo-ioduré. On soupçonne la nature mycosique de cette affection, mais elle n'est pas confirmée par les cultures et les examens sur lame. Aussi on recourt à des épreuves biologiques.

Les intra-dermo-réactions à la trichophytie ne donnent pas de résultat.

Les intra-dermo-réactions à la LEVURINE : le 1^{er} jour une goutte ; puis, 3 jours après, trois gouttes, donnent lieu : 1° à l'apparition d'une réaction inflammatoire, puis parakératosique, qui, en se cicatrisant au centre, et en se pigmentant, forme à la périphérie un bourrelet eczématisé. Cette réaction a eu lieu au point d'injection ; 2° à une réactivation des lésions anciennes qui prennent le même aspect eczématisé.

Ces lésions disparaissent par le traitement. Il y a une reprise identique après une nouvelle injection.

LES URTICAIRES.

De formes très variables : maculeuses, figurées, circonscrites, porcelainées, hémorragiques, bulleuses, surviennent soit par poussées insidieuses, soit par poussées aiguës pouvant être accompagnées de fièvre.

L'urticaire est caractérisée par des papules rosées, souvent décolorées au centre, qui apparaissent rapidement et sont accompagnées de prurit. Elles disparaissent en quelques heures pour réapparaître à d'autres endroits. Ce syndrome urticarien peut apparaître dans tous les accidents d'ordre ana-

phylactique ou antigénique. Il est accompagné de modifications du sang :

- 1° Leucopénie rapide ;
- 2° Inversion de la formule leucocytaire avec la chute des polym nucléaires neutrophiles. *Schiff*, dans 4/5 des cas, note une mononucléose à grands éléments ;
- 3° Eosinophilie ;
- 4° Diminution du nombre des plaquettes sanguines ;
- 5° Baisse du P. H. sanguin ;
- 6° Baisse de la Réserve Alcaline ;
- 7° Rutilance du sang ;
- 8° Hypo ou Hyperglycémie.

Dans certains cas, les vaccinations ont pu produire ces accidents de choc anaphylactique ou protéïque

OBSERVATION III

Ferrabouc, Paraire, Pellerat

Soldat D. J., 22 ans, entre à l'hôpital le 24 décembre 1936 pour éruption urticarienne consécutive à la deuxième injection de VACCIN TRIPLE. La première injection n'avait donné lieu qu'à une légère réaction fébrile. 3 jours après la 2^e injection, il se produit un prurit localisé au thorax et aux cuisses, suivi dans les deux jours d'une éruption accompagnée d'une température à 38°, de courbatures et de nausées. Cette éruption est formée de taches rouges et de papules porcelainées, sur le thorax et les cuisses. Elle s'étend, en 48 heures, en placards à contours géographiques, respectant la face, les mains, les jambes, les pieds.

Le malade a des antécédents urticariens et dyspeptiques

On pratique une série d'intradermo-réactions pour mettre en évidence le rôle du vaccin.

Le 28 décembre, on fait des intradermo-réactions au vaccin mixte et à l'eau peptonée, et six heures après on note :

intra-dermo-réaction au vaccin mixte + ;

intra-dermo-réaction à l'eau peptonée —.

Il se produit une réaction fébrile à la suite de cet examen. Le 30 décembre, on fait trois intra-dermo-réaction. On note :

I. D. R. au T. A. B. + ;

I. D. R. à l'anatoxine antidiphthérique + ;

I. D. R. à l'anatoxine antitétanique —

La température monte à 38°.

Le 31 décembre, on note :

I. D. R., au T. A. B. — ;

I. D. R., à l'anatoxine antidiphthérique + ;

I. D. R. à l'anatoxine antitétanique —.

Le 6 janvier, on fait une réaction de Prausnitz-Küstner. Le sujet témoin, 30 minutes après l'injection de vaccin à chaque avant-bras, fait une réaction inflammatoire des deux côtés ; cependant du côté où le sérum du soldat D. J. a été injecté la réaction est plus sensible.

Urines. — Albumine 0. Sucre 0. Pigments et sels biliaires 0. Coefficient de Maillard 3,4.

Réserve alcaline, 5,8.

Réflexe oculocardiaque. — Le pouls passe de 108 à 84 pulsations par minute.

Le métabolisme basal sensiblement normal, 4/100 au-dessus de la moyenne.

Ce sujet a été atteint d'urticaire à la suite d'une injection de vaccin triple antitypho-paratyphique, antidiphthérique, anti-tétanique.

D'après les intra-dermo-réactions, il semble que le vaccin T. A. B. et l'anatoxine diphthérique puissent être accusés, sur-

tout l'anatoxine diphtérique, puisque c'est avec elle que la réaction est la plus durable

OBSERVATION IV

Ferrabouc, Friess, Rolland

L. G., 21 ans, contracte le 11 décembre 1931, une blennorragie traitée sans succès par des lavages. Il entre le 1^{er} février pour urétrite et kyste du sillon balano-préputial. Le pus contient de nombreux gonocoques ; le kyste se résorbe en 10 jours. Traitement par injections intraveineuses de DMELCOS. La 1^{re} injection, le 2 février, à onze heures ; à quinze heures la température monte à 40° 5 ; à 17 heures. prurit léger accompagné d'une éruption sur les bras, les cuisses, les jambes ; éruption papuleuse, à centre porcelainé, à contour rosé, de 5 à 10 mm. de diamètre. Cette éruption dure une heure,, puis s'estompe en même temps que le prurit.

Le 3 février la température remonte et l'éruption reparait localisée comme la veille, mais moins forte. Le malade, dès lors, ne présente plus d'éruptions. Les injections de Dmelcos sont poursuivies, et ne sont suivies que d'un léger accès fébrile d'une demi-journée. Rien de remarquable dans les antécédents pathologiques de ce malade. Pas de chancre mou et jamais d'injections de Dmelcos antérieures ; trois vaccinations anti-varioliques ; à 20 ans, vaccin T. A. B., à 18 ans, sérum anti-tétanique sans accidents sériques. En dehors des poussées fébriles dues au Dmelcos, on note :

Tension artérielle. — 11,5 - 7 ;

Pouls. — 68 ;

Pupilles en mydriase ;

Réserve alcaline. — 58 ;

Urée. — 0.51 par litre ;

M. B. augmenté de 16 % ;

Urines normales.

A la 5^e injection, on fait un examen du sang.

<i>A 12 h. (avant l'injection)</i>	<i>A 13 h. (après l'injection)</i>
Leucocytes 8.000	5.000
Plaquettes 145.000	195.000
Temps de coagulation 4' 30"	2' 30"
<i>Formule leucocytaire :</i>	
Polynucléaires neutrophiles 65 %	Polynucléaires diminués de 3 %
Polynucléaires basophiles 1 %	
Polynucléaires eosinophiles 4 %	
Lymphocytes 20 %	
Monocytes 1 %	

Le 6 février, on fait une intradermoréaction au Dmelcos qui est négative. Le 12 février, une réaction de Prausnitz-Küster est négative aussi.

Donc ce sujet a présenté une urticaire à la suite d'une 1^{re} injection intra-veineuse de Dmelcos, et n'en a plus présenté après les injections suivantes, comme si cette première injection l'avait désensibilisé. Pourtant la recherche des phénomènes sanguins à la 5^e injection a montré qu'il existait encore un choc mais atténué, sans manifestations cutanées.

OBSERVATION V

J. Suberv'e

Fatimah ben Rquia, 22 ans, ne présentant aucune lésion syphilitique, ou autre affection, est vaccinée le 23 mars 1932,

Quinze jours après cette VACCINATION JENNÉRIENNE apparaît une éruption au niveau du bras vacciné. Elle se développe de haut en bas vers la main, gagne le bras opposé le lendemain, puis la jambe. C'est une éruption prurigineuse sans fièvre, d'apparence urticarienne, respectant le ventre, le tronc, la face ; formant des placards rouges violacés entourés d'un bourrelet. Le prurit est violent. L'injection intra-musculaire de 10 cc. de sang total, prélevé au pli du coude, est suivie d'une réaction de choc : frisson, pâleur, état présyncopal. La maladie revient à elle, en même temps que l'éruption et le prurit disparaissent en quelques minutes.

Les urticaires après vaccination jennérienne tout en étant assez rares, sont les plus connues.

II. — Dermatoses parasitaires

A côté des affections cutanées postvaccinales, dues à des microbes banaux : streptocoques, staphylocoques et bactéries pyogènes, que beaucoup d'auteurs ont observées sous forme d'érythèmes, d'abcès, de lymphangite, d'érysipèle, d'impetigo, de furonculose qui se développent au niveau des points d'inoculation, il est des accidents cutanés beaucoup plus rares, dont la cause peut être : le virus filtrant de l'herpès, des champignons, des spirilles, des bactéries, et le point de départ : une vaccination. Nous mettrons dans ce chapitre certaines manifestations cutanées, déclenchées par les vaccinations, mais dont l'origine parasitaire est discutée comme le pityriasis rosé de Gibert, et le zona.

HERPES.

L'herpès est une des plus fréquentes dermatoses post vaccinales. C'est une dermatose bulleuse, due au virus herpético-encéphalique (*Levaditi, Harrier et Nicolau, G. Blanc*) caractérisée par une tache rosée ou rouge, qui se couvre de vésicules groupées en amas. Ces vésicules, d'abord transparentes, entourées d'une lisière érythémateuse, se troublent, deviennent purulentes, puis se flétrissent, en formant une croûte qui tombe, laissant une macule rouge qui disparaît rapidement sans cicatrice.

L'herpès post-vaccinal apparaît généralement dans la journée qui suit une injection de vaccin, ou dans les 2 ou 3 jours qui suivent. Il est accompagné de signes généraux plus ou moins importants, mais on note qu'il y a une ascension thermique constante qui précède ou accompagne l'apparition de l'herpès en un point quelconque du corps. L'herpès post-vaccinal semble lié à une poussée fébrile.

OBSERVATION VI

Ferrabouc Mozziconacci

D. J., 21 ans, reçoit le 3 novembre 1936 la 1^{re} injection de VACCIN TRIPLE. Le même jour la température monte et redescend le lendemain. Le 5 novembre, le malade s'éveille avec un herpès péri-buccal touchant l'aile du nez. Le 6 novembre, nouvelle poussée sur les joues, les bases du nez, les faces latérales du cou, la nuque, les deux plis du coude. Il présente à ce moment des lésions herpétiques, les unes récentes, les autres plus anciennes. Cet herpès profus disparaît en huit jours. A l'examen : tous les organes sont sains.

OBSERVATION VII

G. J., 22 ans, en traitement pour uréthrite rhénorrhagique, reçoit en même temps que des lavages au Mn O₄ K, 5 injections de VACCIN PASTEUR. Les quatre premières n'avaient donné lieu qu'à une légère poussée fébrile la nuit qui suivit la piqûre, mais la 5^e injection fut suivie, une demi-heure après la piqûre, d'un accès fébrile violent, avec frissons et malaise ; la réaction inflammatoire locale était modérée.

Le lendemain matin, en s'éveillant, le malade ressent des démangeaisons au niveau des lèvres, et constate que la région péri-buccale est oédématisée et envahie de vésicules. En quelques heures les vésicules s'étendent, et, le jour même, on voit qu'il existe un herpès profus étendu aux lèvres, à la pommette droite, à la barbe et aux deux oreilles, où l'éruption est particulièrement intense et confluent en nappes polycycliques. Les gencives sont un peu tuméfiées à la mâchoire inférieure, mais on ne note pas de vésicules sur les muqueuses buccales ou ano-génitales. Le malade déclare être sujet à l'herpès, des vésicules apparaissant sur ses lèvres au moindre accès fébrile.

La vaccination jennérienne, et la vaccination anti-typhoïdique n'avaient donné lieu à aucune réaction cutanée.

OBSERVATION VIII

Dantos

Un bébé de 6 mois ayant reçu une injection de VACCIN JENNÉRIEN avec succès, présente, huit jours après l'inoculation, une éruption qui, en l'espace de 3 jours, se dissémine un peu partout, ne devenant confluyente que dans la région fessière. On note quelques vésicules rompues sur la langue, partout ailleurs éruption franchement herpétique. Guérison complète en 15 jours.

OBSERVATION IX

P. Blan - J. Rouvier

M., 21 ans, subit le 20 novembre 1937 la première injection de VACCIN TRIPLE. Pas de réactions générales appréciables ; seulement léger endolorissement de l'épaule. Le 21 novembre, petite réaction cutanée au point de l'injection.

Le 4 décembre, on fait la deuxième injection du vaccin, suivie le lendemain d'une assez forte réaction générale avec céphalée, courbature, lombalgies, frissons, sueurs. Le 6 décembre, prurit intense local, puis généralisé, en même temps qu'apparaît un érythème rouge vineux sur l'épaule gauche puis sur le tronc, les membres inférieurs. L'éruption, très intense du côté gauche, prend une teinte plus pâle à mesure que l'on s'éloigne du point d'injection et s'arrête d'une façon nette à la base du cou. Le 7 décembre, apparition sur l'épaule gauche de petites vésicules à contenu clair, qui gagnent tout le placard érythémateux. Le 8, le malade est hospitalisé ; il présente, depuis le cou jusqu'à la région moyenne des cuisses, avec prédominance dans la région scapulaire gauche, sur un fond érythémateux, de nombreuses vésicules herpétiques. Le prurit est plus discret.

Guérison totale le 29 décembre, après desquamation intense. Examen organique bon. Dans ses antécédents : herpès pendant l'été.

On fait des intra-dermo-réactions au triple vaccin le 21 décembre et le 6 janvier. Elles sont négatives. Des examens de sang, le 10 et le 22 décembre, montrent une éosinophilie marquée 9 % et 7 %.

Notons que d'autres hommes vaccinés avec la même ampoule n'ont présenté aucun accident.

OBSERVATION X

Gounelle

Le soldat X reçoit le 30 octobre une injection de VACCIN T.A.B. (antitypho-paratyphique). La réaction vaccinale est moyenne. Il avait, le 3 octobre, reçu une inoculation de vaccin jennérien qui a été négative. Le 12 novembre, il est pris d'une névralgie faciale intense, qui s'accompagne d'une éruption d'herpès hémorragique, noirâtre autour de la bouche. On note une suffusion sanguine au niveau du sillon médian de la langue, et la présence de vésicules hémorragiques sur la muqueuse jugale et sur le pilier antérieur du voile. Les gencives saignent par pression. Des taches purpuriques apparaissent sur les membres. La température reste à 37°. Le 14 novembre, hémorragies sous-muqueuses et apparition de nouveaux placards de purpura. Le signe du lacet est positif.

Du 14 au 28 novembre tout disparaît.

Dans ce cas, l'herpès déclanché par le vaccin a coïncidé avec une dyscrasie sanguine nette. Cette observation fait part d'une épidémie de fièvre herpétique décelée à Strasbourg par Gounelle. Sur 320 sujets vaccinés le 29 octobre par 1 cc 1/2 de vaccin T. A. B., et qui présentèrent en général des réactions vaccinales assez intenses; 70 virent apparaître des vésicules d'herpès autour de la bouche, sur le nez, les joues, les oreilles. Seul le sujet présenté dans l'observation précédente a fait des accidents hémorragiques. Nous voyons par ces quelques observations que l'herpès post-vaccinal est une manifestation bénigne, qui survient souvent chez des sujets ayant déjà présenté cet accident antérieurement. Cet herpès guérit rapidement sans laisser de traces, mais peut récidiver.

Les différentes vaccinations se compliquant d'herpès sont surtout la vaccination jennérienne, le vaccin T. A. B., le vaccin triple.

Les ophtalmologistes furent parmi les premiers auteurs qui présentèrent des observations d'herpès post-vaccinal, surtout après vaccination antityphoïdique.

L'herpès cornéen post-vaccinal occasionne des symptômes gênants : photophobie douleurs, larmoiements... et peut laisser des sequelles : opacité cornéenne ramenant l'acuité visuelle à 6/10, 2/10 et 1/10, par présence d'une taie de la cornée qui gêne plus ou moins la vision.

Pourtant, il est à remarquer que l'herpès cornéen dû à la vaccination antityphique n'atteint jamais qu'un seul œil, l'autre restant complètement sain.

Pendant la guerre, on a noté de nombreux cas d'herpès cornéen après vaccin T. A. B.

Jusqu'à ce jour, aucun auteur n'a rapporté d'observation d'herpès après anatoxine antidiphlérique ou anatoxine antitétanique.

TRICOPHYTIES.

Pendant et après la guerre, on a été à même d'examiner des inoculations de trichophyties par la vaccine. Ces inoculations sont, en général, groupées sur les ouvriers d'un établissement, les soldats d'un dépôt, ou dans plusieurs familles.

Le début coïncide avec le déclin de la vaccine, lorsque la croûte va tomber, du 15^e au 20^e jour.

Le développement est lent. Il peut varier entre quelques semaines et une année.

Les formes cliniques varient suivant la variété du champignon inoculé :

- 1° disques arrondis érythémato-squameux ;
- 2° disques ovalaires squameux et croûtes impetigineuses ;
- 3° placards couverts d'herpès circiné ;
- 4° disques érythémato-squameux psoriasiformes.

L'évolution est variable.

l'ion est variable.

1° le placard reste unique ;

2° le placard initial est entouré de disques d'auto-inoculations.

L'origine vaccinale de ces trichophyties s'impose par les dates. Mais l'étiologie peut être discutée : ou le champignon se trouve dans le vaccin ; ou bien l'éraillure de la vaccination a été l'occasion de l'inoculation du champignon contenu en saprophyte sur la peau des sujets.

KERATITE SYPHILITIQUE.

OBSERVATION XI

L. Perin-P. Huwart

Un jeune soldat parfaitement bien portant, mais hérédosyphilitique latent, reçoit 2 injections de vaccin T. A. B. Dans les 24 heures qui suivent la 2^e injection survient une poussée d'urticaire violente, accompagnée d'une kératite de l'œil gauche. Trois mois après, il se produit une kératite de l'œil droit, avec réveil de la syphilis. Réveil tel qu'au bout de 2 ans de

traitement les lésions oculaires ne sont pas complètement guéries. La réaction Bordet-Wassermann qui était faiblement positive au moment de l'apparition de la kératite, devient très positive la semaine suivante, et se maintient ainsi pendant 2 ans, en dépit du traitement.

Cette observation peut être considérée comme un exemple de réveil d'infection latente par une vaccination jouant le rôle de provocateur.

PITYRIASIS ROSE DE GIBERT.

Le pityriasis rosé de Gibert est une dermatose irritable qui semble être une infection spécifique, dont le germe est encore discuté : un champignon sporulé pour certains auteurs, le streptocoque pour d'autres (*Milian et Perin*). Cette dermatose a une évolution cyclique aboutissant à la guérison spontanée, sans laisser de traces et le plus souvent sans récides.

OBSERVATION XII

Gougerot

Madame N., 39 ans, sans antécédents pathologiques, reçoit la VACCINATION JENNERIENNE, le 15 octobre 1926. Quelques jours plus tard se développent autour des pustules vaccinales deux plaques un peu rouges. Des éléments apparaissent sur le tronc le 30 octobre.

Examinée le 5 novembre on trouve sur le tronc une éruption disséminée formée de petites taches roses en médaillons, squameuses et prurigineuses dont le centre paraît affaissé.

Le grattage méthodique de Brocq enlève les squames, donne des hémorragies punctiformes, et révèle de minuscules vésicules. Le diagnostic de pityriasis rosé de Gibert est posé. Le 16 novembre l'éruption s'efface. On peut admettre que le virus inconnu du pityriasis rosé a été inoculé avec le vaccin, puis s'est généralisé (*Gougerot*). Pourtant, il est à noter que les personnes vaccinées le même jour ne présentent rien.

ZONA.

Le zona, ou fièvre zoster, est manifestement d'origine microbienne mais le parasite reste à trouver. Cette maladie infectieuse confère l'immunité.

Le zona est caractérisé, après une phase de douleurs névralgiques par une éruption en plaques rouges, disposées en bandes qui se couvrent de vésicules herpétiformes, perlées, brillantes de 1 à 3 mm. isolées ou confluentes. Le liquide vésiculaire devient trouble, et donne des croûtes jaunâtres. Les cicatrices sont souvent pigmentées, on trouve une adénopathie régionale. Le pronostic est généralement bénin.

Les vaccinations ont pu être à l'origine du déclenchement d'un zona, en particulier la vaccination anti-typhoparatyphique et la vaccination jennérienne.

OBSERVATION XIII

H. Gounelle

G., 21 ans, vacciné le 20 octobre 1930 par injection hypodermique de 1 cc. 1/2 de vaccin T. A. B. chauffé. Le 21, réaction vaccinale moyenne. Dans les jours qui suivent installation d'un zona thoracique formé par 6 groupes de vésicules disséminés sur la hauteur du 4^e espace intercostal droit. Quelques vésicules sont ulcérées. Il n'y a pas de névralgie. L'éruption disparaît complètement le 20 novembre.

OBSERVATION XIV

H. Gounelle

Hay, 21 ans, vacciné le 28 avril 1931 à 9 heures par 1 cc. 1/2 de vaccin T. A. B., est pris à 14 heures de frissons violents. Le 29, sensation de lourdeur au niveau de l'oreille gauche, et éclosion de vésicules autour du conduit auditif ; dans la soirée des vésicules apparaissent dans la région sous-angulo-maxillaire gauche. Le pavillon est rouge, chaud, turgescant ; dans la conque, on voit une éruption mélicérique et vésiculaire. Adénopathie à la base du cou gauche. Le malade a une sensation de vertige et des bourdonnements. Le 2 mai l'enflure diminue, mais il s'installe une paralysie faciale gauche périphérique, qui est une complication fréquente de ce zona de Ramsay-Hunt.

OBSERVATION XV

H. Gounelle

Sch., 21 ans, reçoit le 29 avril 1921 1 cc. 1/2 de vaccin T. A. B. En 48 heures apparition d'un zona du trijumeau. Les

vésicules se forment d'abord dans la région rétro-sous angulo maxillaire, puis à la lèvre supérieure et à la lèvre inférieure. Il est accompagné d'une adénopathie cervicale, de prurit, pas de douleurs. Le zona se dessèche à partir du 6 mai

OBSERVATION XVI

Chatellier

J. A., étudiant en médecine, est vacciné pour la 3^e fois le 18 novembre 1924, par 3 scarifications deltoïdiennes gauches. Deux scarifications sont suivies de pustules, qui évoluent normalement. Le 6 décembre, après une période de lassitude, de céphalée, il apparaît un bouquet de vésicules sous la clavicule gauche, et le 7 décembre, dans la fosse sus-épineuse gauche ; entre les deux bouquets, on voit quelques vésicules aberrantes.

LUPUS TUBERCULEUX (SEZARY)

Nous mettons dans ce chapitre, cet accident unique, nous le pensons, de lupus tuberculeux qui est apparu en 1875 sur L. E. après une VACCINATION JENNÉRIENNE de bras à bras. Il s'est formé lentement autour du point d'inoculation au 1/3 inférieur de la face externe du bras. Le diagnostic fait en 1921, a été vérifié par un examen histologique. Pas d'adénopathie. Bon état général. Aucune tuberculose pulmonaire viscérale ou autre.

ERYTHEME NOUEUX.

Cet érythème, complication rare dûe aux vaccins, et dont on doit toujours rechercher l'étiologie tuberculeuse (*Landoûzy, Gaucher, Gougerot, Lœderich et Richet*), se développe soit chez des prédisposés, soit grâce à l'état anergique provoqué par le vaccin.

OBSERVATION XVII

Clément Simon

Louise F., 28 ans, entre à St-Lazare pour cervitite chronique ayant un Bordet. Wassermann négatif et un Frei négatif. Avant l'électrocoagulation, on fait une préparation au PROPIDON 2 cc. le 6 avril, et 3 cc. le 8 avril. La température monte à 39°. Le 9 avril, apparaît une éruption anormale aux quatre membres : une dizaine de placards surélevés, assez bien limités, rouges, chauds, sensibles à la palpation. On trouve quelques éléments papuleux plus petits aux genoux et au bras droit, un peu d'œdème malléolaire blanc. Rien à l'examen des organes. Après une période : de douleurs articulaires, de céphalée, nausées, frissons ; le 20 des éléments nouveaux apparaissent à l'avant-bras droit, et le foie devient sensible à la palpation. A partir du 24, commence une desquamation qui laisse une trace érythémateuse.

Noter que le plus gros élément de cet érythème nouveau géant se trouve autour du point d'injection, et a coïncidé avec un crochet fébrile. L'état général est atteint. On fait : une hémoculture négative, une cuti-réaction à la tuberculine négative.

III. — *Dermatoses d'origine sanguine*

PURPURAS.

Ce sont les plus graves des réactions vaccinales, surtout dans leur forme hémorragique. On les rencontre surtout chez les jeunes enfants, les débilités, les tuberculeux, les rénaux et surtout chez les sujets présentant une tare sanguine méconnue (hémophilie ou hémogénie fruste). Il est à noter qu'ils semblent beaucoup plus fréquents après l'anatoxine diphtérique qu'après les autres vaccins.

OBSERVATION XVIII

Paisseau et Ducas

R. G., 8 ans, entre d'urgence à l'hôpital le 23 juin 1930 pour épistaxis abondante et vomissements sanglants, survenus au cours d'une vaccination scolaire, par l'ANATOXINE RAMON. La première injection ne donne aucune réaction, la deuxième injection est suivie de douleurs dans l'épaule et le bras, de fatigue générale. Dans les jours qui suivent : saignements de nez et petites taches rouges sur les bras. On ne s'inquiète pas, et le 17 juin, l'enfant reçoit la troisième piqûre. Des placards ecchymotiques apparaissent, et le 20 juin ses gencives se mettent à saigner. Le dentiste enlève une dent sans hémorragie. Le 23 juin, abondante épistaxis, l'enfant devient pâle, dyspnéique et vomit un liquide noirâtre. L'épistaxis reprend. Conduit à l'hôpital il vomit du sang coagulé. L'en-

fant semble saigné à blanc ; il est couvert de larges placards ecchymotiques, sans relief, d'âges différents et ayant les caractères du purpura à grandes ecchymoses. On note l'intégrité des organes. Les bruits du cœur sont assourdis, la rate devient percutable, les amygdales sont tuméfiées. L'enfant semble mourant ; on lui injecte 60 cc. de sang citraté par voie intra-veineuse et 20 cc. dans le muscle fessier. Et trois heures après, la face est recolorée.

On fait un examen du sang :

Globules rouges	2.250 000 ;
Globules blancs	10.000 ;

Formule leucocytaire pour 100 :

Polynucléaires	75 ;
Mononucléaires	18 ;
Lymphocytes	7 ;

Le 26 juin, après traitement par extraits hépatiques :

Globules rouges	3.990.000 ;
Globules blancs	6.200.

Le 8 juillet, l'enfant a un aspect normal mais l'examen de sang montre une diminution des globules rouges et une tendance à la mononucléose.

On fait une cutiréaction à la tuberculine positive et à l'anatoxine négative.

On trouve dans les antécédents familiaux de petites hémoptysies

OBSERVATION XIX

E. Terrien

Après ANATOXINE ANTIDIPHTÉRIQUE un enfant présente un purpura hémorragique très grave, avec hémorragies multiples, par le nez et les gencives, et apparition de vastes ecchymoses,

L'examen du sang montre les réactions sanguines de l'hémogénie : signe du lacet, caillot irréductible.

L'enfant fut sauvé par des transfusions sanguines.

Eugène Terrien relate un accident unique de la vaccination antityphoïdique que nous réunissons aux accidents purpuriques.

OBSERVATION XX

E. Terrien

D., 28 ans, a subi les deux premières injections de VACCIN ANTITYPHIQUE sans réactions. Il reçoit, le 6 mars 1917, la troisième injection qui provoque très rapidement : frisson, vomissement, céphalée, arthralgies ; puis « on note, au niveau des lobules du nez, et sur le 1/4 supérieur des deux oreilles, une teinte violette, lie de vin, à contours nets, comme à l'emporte-pièce ». Les parties atteintes sont froides, insensibles au toucher et à la piqûre, mais spontanément douloureuses. Il y a de la cyanose des mains. Le 15 mars, amélioration générale, mais les parties atteintes du nez et des oreilles sont nécrosées et un sillon d'élimination se dessine.

Le 29 mars, élimination avec perte de substance appréciable.

107-2834

Ces accidents intenses ont suivi immédiatement la troisième injection, comme si les deux premières avaient préparé un état anaphylactique.

IV. — *Dermatoses de mal connues*

DERMATOSES ERYTHEMATEUSES.

Les dermatoses érythémateuses locales qui apparaissent du 3^e au 6^e jour après l'injection du vaccin, sont banales. Nous ne les considérons pas. Nous ne chercherons à étudier que les érythèmes d'une certaine étendue et les érythèmes généralisés. Ces érythèmes, d'étiologie discutée, se présentent sous des formes variables.

OBSERVATION XXI

C. Jansen

Un enfant de 12 ans reçoit, le 18 septembre, 1 cc. d'ANATOXINE ANTIDIPHTÉRIQUE dans la fosse scapulaire. Le 19, faible réaction locale qui disparaît le 20. Le 23, la température monte à 37°9, et il apparaît un érythème localisé autour du point d'inoculation ; c'est un érythème érysipéloïde assez délimité avec quelques taches éparses. La teinte est rouge, il n'y a pas d'infiltration, peu de douleurs. La température vespérale est de 39°5. Le 24, la température reste à 38°-39°. L'érythème pâlit et disparaît en deux jours.

OBSERVATION XXII

Sézary et Gallerand

Un enfant de 26 mois est amené le 26 décembre 1930 à l'hôpital pour une éruption remontant à un mois. Le 10 no-

ventre, l'enfant reçoit la première injection d'ANATOXINE ANTIDIPHTÉRIQUE et le 12, apparition d'éléments érythémato-bulleux au bras droit et d'autres rouges, prurigineux sur la cuisse gauche et la jambe. Le 7 décembre, il reçoit la deuxième injection et, trois jours après, apparition de nouveaux éléments et de prurit. Le 22 décembre, on fait le diagnostic d'érythème polymorphe sans signes généraux. Une intradermo-réaction à l'anatoxine est négative.

Dans de nombreux autres cas, la réaction est plus atténuée et peut même passer pour une réaction vaccinale intense. Plus accentuée et généralisée, l'éruption peut poser le diagnostic des fièvres éruptives.

OBSERVATION XXIII

Andrieu

P. B., 21 ans, entre le 1^{er} mars, dans le service, pour exanthème scarlatiniforme généralisé, épargnant la face, plus marqué aux membres inférieurs et aux fesses. Prurit intense, mais pas d'angine, pas d'exanthème buccal. Température à 38°5. Poids 90. Albumine 0.

Santé parfaite à son incorporation en octobre 1934.

Il reçoit, le 14 novembre, 2 cc. de VACCIN MIXTE, sans présenter de réaction. Par suite d'une atteinte pleurale, la deuxième injection est remise au 23 février, date à laquelle il reçoit 2 cc. de vaccin. Dans la nuit du 25, il est réveillé par un prurit violent et le 26, débute une éruption scarlatineuse qui est généralisée le 28 février. On fait une réaction de Shultz-Carton qui est négative et un Bordet-Wassermann qui est négatif.

Il est traité par injections intra-veineuses quotidiennes d'hyposulfite de soude à 20 % et l'érythrodermie s'atténue rapidement. Le 10 mars, disparition totale. Cette érythrodermie a été provoquée par une réinjection de vaccin associé

après primo-vaccination, trois mois auparavant ; donc, la période anti-allergique a été respectée. Les accidents ont cédé par injection d'un désensibilisant.

PSORIASIS.

Le psoriasis est une maladie cutanée chronique de cause première inconnue, qui ne peut être définie que cliniquement.

Cette maladie peut se modifier sous l'influence de causes variées. Influence heureuse de la fièvre (*Gougerot*), d'un érythème arséno-benzolique (*Gougerot et Delay*), d'une dermatite exfoliatrice (*Gougerot et Patte*), d'une grossesse (*Spillmann, Parisot, Simonin*). Influence défavorable d'un choc emotif et humoral, d'un choc vaccinal.

Les diverses vaccinations peuvent réactiver un psoriasis guéri antérieurement.

1. Psoriasis réactivé par VACCINATION JENNERIENNE.

Enfant psoriasique depuis l'âge de 5 ans reçoit à 12 ans une injection de VACCIN JENNERIEN. Il ne se forme pas de pustules vaccinales, mais dans les jours qui suivent, apparaissent trois plaquettes squameuses ayant les caractères du psoriasis (*De Beurmann*).

Ce même auteur présente un cas de psoriasis guéri, réactivé, par une injection de sérum antidiphthérique. *Blanc*, dans sa thèse, en 1907, relatait quatre cas de psoriasis réactivés par la vaccination jennérienne.

2. Le VACCIN TRIPLE peut avoir la même action.

OBSERVATION XXIV

Ferraboue, Cruveillé et Mozziconacci

M. B. ayant présenté avant son incorporation une poussée de psoriasis se réduisant à quelques placards qui s'effacent en 3 mois par le traitement cadique et ne récidivent pas, reçoit le 28 novembre 1936, la 1^{re} injection de VACCIN TRIPLE réaction fébrile légère pendant 48 heures ; mais 4 jours après l'injection, apparaissent sur les membres et la région fessière des taches erythémateuses, arrondies squameuses. Rougeur diffuse au niveau du nez et des joues. On fait la 2^e injection le 27 janvier 1937. Nouvelle poussée sans fièvre. Les lésions s'étendent, la face est particulièrement touchée. Le grattage confirme le diagnostic.

3. *Mienicki et Nardjewski* présentent, en 1934, une observation de psoriasis après injection de VACCIN DE POUNDORI (tuberculine) chez un psoriasique ancien.

Les vaccinations peuvent être à l'origine d'un psoriasis primitif.

Spillmann décrit des lésions initiales de psoriasis après une *vaccination jennérienne*. Les lésions apparaissent autour du point d'inoculation.

Blanc, Nicolas, Hallopeau, en présentent de nombreux cas.

Paul Chevallier décrit un psoriasis déclenché par 3 injections de *vaccin antidiphthérique*. Une plaque de psoriasis apparaît 7 jours après la dernière au point d'inoculation, et elle est suivie de généralisation.

D'autre part, une vaccination peut être à l'origine d'un

psoriasis qui se réactive à chaque vaccination ultérieure comme l'observation suivante le démontre.

OBSERVATION XXV

Ferrabouc

Soldat P. V., 22 ans, présente, après VACCINATION JENNERIENNE, des taches de psoriasis qui apparaissent autour des scarifications, deux jours après la vaccination. Dans les jours suivants, apparition de plaques rosées et squameuses aux membres. Cette poussée discrète régresse partiellement. Les 15 novembre, 1^{er} décembre, 15 décembre on lui fait 3 injections de VACCIN TRIPLE, les réactions sont légères mais les 3 fois le psoriasis subit une poussée nouvelle ; les taches deviennent plus larges, plus foncées, plus squameuses, de nouvelles lésions apparaissent. Chaque fois la poussée s'atténue. En février le malade fait une poussée spontanée, aux membres supérieurs surtout mais les points vaccinaux sont sains.

Nous voyons que la poussée psoriasique post-vaccinale a une évolution bien définie : éruption après un intervalle de quelques jours à trois semaines, de plaques de psoriasis aux points de scarification. Cette éruption peut se généraliser.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

INFECTION DIRECTE PAR LE VACCIN.

On peut penser que le germe de certaines dermatoses parasitaires peut être inoculé par le vaccin qui le contiendrait. Cette théorie est acceptable pour expliquer certaines épidémies de dermatoses parasitaires dans un même centre de vaccination ou dans une même famille. Elle est discutable pour un cas séparé, lorsque d'autres sujets ont été vaccinés avec la même ampoule, ce qui arrive dans la majorité des cas.

On peut admettre aussi la présence du parasite en saprophyte sur la peau du sujet et son introduction à la faveur de l'éraillure produite par la vaccination. Cette infection directe par le vaccin a été constatée par *Gougerot* dans son observation sur les tricophyties post vaccinales. De même, certains psoriasis, nés au point vaccinal, peuvent être apportés par le vaccin ou introduits par effraction au moment de la vaccination.

BIOTROPISME.

De nombreux auteurs pensent que les déséquilibres humoraux provoqués par une vaccination, peuvent déterminer une éruption chez un individu en bonne santé.

Le virus herpétique, en particulier, ne se manifesterait dans ce cas, sous forme de virus de sortie, qu'à l'occasion de la vaccination. Il se rencontrerait très fréquemment dans l'organisme sain, sous forme d'ultra-virus saprophyte.

Le vaccin joue le rôle d'agent provocateur réactivant les parasites, sans doute à la faveur d'un bouleversement endocrino-végétatif.

Pour la réactivation du virus herpétique, en particulier, il y a fréquemment coïncidence d'un crochet thermique. Pour certains auteurs, cette poussée thermique entre 39° et 40°, serait absolument nécessaire pour que le vaccin joue son rôle de provocateur auprès du virus herpétique (Jausion).

L'observation X montre un cas de biotropisme typique : une hérédo-syphilis latente, inconnue, est déclenchée par une cause provocatrice qui est le vaccin T. A. B. ; le Bordet-Wassermann devient fortement positif et il apparaît une double kératite.

L'observation de Sezary et Gallerand en est un autre exemple.

Cette action biotropique peut s'expliquer en partie ou être favorisée par une anergie ; tel paraît être, par exemple, le cas du malade de Cl. Simon qui fit un érythème noueux géant et avait une cuti-réaction négative,

ANAPHYLAXIE

L'anaphylaxie de *Richet* est la grande cause de nombreux accidents cutanés post-vaccinaux.

Widal, Abrami, Brissaud ont démontré que l'anaphylaxie n'est pas seulement un phénomène biologique, mais qu'il y a modification du sang : *crise hémoclasique*. Et *Ferrabouc* a démontré que si la dose injectée est trop faible, ou le sujet désensibilisé, on peut avoir un choc hémoclasique sans manifestation cutanée. La manifestation cutanée ne serait que le témoin du choc anaphylactique produit par le vaccin.

L'urticaire, l'eczéma post-vaccinaux sont des accidents d'ordre anaphylactique. Mais pour que le choc vaccinal les produise, il faut un terrain particulier d'instabilité, de déséquilibre colloïdal.

Les individus qui présentent ces affections cutanées, ont souvent des sécrétions anormales des glandes à sécrétions internes, particulièrement du système thyroïdien (Trouble du métabolisme, réflexe oculo-cardiaque anormal) ; et une sensibilisation particulière s'établit.

Au moment de la vaccination, le choc est produit par les protéines microbiennes contenues dans le vaccin. Dans les accidents anaphylactiques le sujet présente une cuti-réaction positive pour la substance sensibilisante, ce qui peut permettre de déceler le vaccin en cause dans les vaccinations triples.

TROUBLES SANGUINS ?

Les purpuras ont pour causes des troubles sanguins. Ces troubles sanguins, en temps ordinaire, ne les font pas apparaître. Le vaccin crée une infection ou une réaction anaphylactique, et l'un et l'autre peuvent se traduire par une vasodilatation cutanée, qui, par suite de l'état sanguin, prend le type purpurique.

CHAPITRE IV

FRÉQUENCE, GRAVITÉ PROPHYLAXIE



FREQUENCE

Les accidents cutanés des vaccinations sont assez rares, exception faite des érythèmes locaux qui passent souvent inaperçus.

Les plus connus et les plus nombreux sont les herpés et les psoriasis, les érythèmes.

D'autres accidents sont très rares, comme les zonés, les purpuras hémorragiques et rhumatoïdes.

Certains, enfin, sont exceptionnels ; quelques observations seulement en ont été publiées : eczéma et urticaire post-vaccinaux. Leur exception vient, sans doute, de leur nature anaphylactique. Le choc anaphylactique, pour se produire, demande une quantité de matière protéique plus importante que celle contenue dans une ampoule de vaccin.

GRAVITE.

Ces accidents sont en général bénins ; dans leur évolution et dans leur suite.

Certains, cependant, peuvent être à l'origine d'une derma-

lose évoluant par poussées, ou récidivante. Eczéma récidivant, psoriasis, herpès, ne sont pas des affections graves, mais gênantes.

Le zona, le pityriasis rosé de Gibert, guérissent le plus souvent sans suite. Ils peuvent, dans certains cas, se compliquer. Le zona peut laisser comme séquelles une névralgie rebelle, et même une paralysie du nerf touché. Le pityriasis rosé de Gibert, mal traité, peut s'infecter ou s'eczématiser.

Les conséquences les plus graves des accidents cutanés des vaccinations sont les réactivations de maladies spécifiques, comme la syphilis ou la tuberculose. Heureusement, ces cas sont exceptionnels.

PROPHYLAXIE.

Pour éviter ces accidents, il faut d'abord n'employer qu'un vaccin pur et avoir une bonne technique, ensuite, éviter de vacciner des sujets âgés ou fatigués, atteints de troubles digestifs.

Il est nécessaire de faire un examen complet du malade à vacciner pour déceler : soit un paludisme latent, soit une affection aiguë ou chronique : tuberculeuse ou autres. Si possible, faire un examen de sang pour dépister une tare hémophilique ou hémogénique, et par un Bordet Wassermann la syphilis.

Certains accidents, dus à l'intolérance du sujet, ou à sa sensibilisation spéciale, sont souvent imprévisibles, ou bien si bénins que l'immunité conférée par la vaccination doit passer avant l'éruption cutanée qui suit cette vaccination.

CONSEQUENCES MÉDICO = LEGALES



Ces accidents cutanés post-vaccinaux entraînent-ils la responsabilité du médecin ? Il semble que non, dans la majorité des cas, car le vaccin n'est que la cause occasionnelle de ces accidents que l'on ne peut, le plus souvent, prévoir, le sujet ne présentant aucune tare apparente.

Si un sujet présente une maladie cutanée chronique, capable de se réactiver par le vaccin, faut-il le vacciner ? Ou, si l'accident cutané se produit après la première injection, faut-il poursuivre les injections ? Les hygiénistes pensent que l'on doit continuer les vaccinations, car celles-ci protègent de maladies mortelles, tandis que l'accident cutané post-vaccinal est rarement grave. On peut également soutenir que quelques éléments, non vaccinés, ne peuvent diminuer l'immunité de la masse.

La question des conséquences médico-légales se pose surtout dans l'armée ; la vaccination étant obligatoire au début du service militaire, l'Etat engage-t-il sa responsabilité par cette obligation ? Il nous semble que oui.

Mais quelle est la durée de cette responsabilité ?

Si la vaccination n'a fait que réactiver une affection ancienne, la responsabilité de l'Etat n'est engagée que jusqu'à la guérison de l'accès.

Si, au contraire, la vaccination est l'origine d'un accident primaire qui peut devenir une maladie chronique, la responsabilité de l'Etat est engagée pour la durée totale de la maladie.

La responsabilité du médecin civil ne peut être engagée étant donné que ces accidents sont rares et imprévisibles.

Néanmoins, en présence d'un sujet ayant une maladie cutanée chronique connue, il est bon de le prévenir que dans des cas rares, on a des aggravations, d'ailleurs bénignes, de ces maladies.

CONCLUSIONS



1. Habituellement considérée comme étant sans complications, la vaccination peut, dans certaines conditions, être à l'origine d'accidents cutanés.

2. Ces accidents cutanés, d'étiologies différentes : réactions de défense, parasitoses, ou des causes discutées, sont primitifs ou réactivés par les vaccins.

3. La pathogénie est complexe et peut être différente suivant les cas. Un même accident cutané peut avoir une pathogénie différente suivant les sujets : infection par le vaccin, biotropisme et anergie, et surtout anaphylaxie.

4. En général peu graves et peu fréquents, ces accidents ne doivent pas empêcher une vaccination, qui confère une immunité.

5. La vaccination obligatoire engage la responsabilité de l'Etat en cas d'accidents cutanés post-vaccinaux qui amoindrissent l'individu atteint.



Vu : *Le Doyen*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse*
TANON

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE



G ANDRIEU. — Un cas d'érythrodermie consécutive à un vaccin associé. Société de médecine militaire 1936.

P. BLAN et J. ROUVIER. — Société de médecine militaire française avril 1938.

BLANC. — Thèse de Bordeaux 1907.

DE BEURMANN. — Bulletin de la société de dermatologie 1904.

CHATELLIER. — Vaccine et zona vaccinal. Bulletin de la Société de dermatologie 1925, p. 97.

CHEVALLIER. — Société de Dermatologie 1930, p. 1148.

DANLOS. — Herpès vaccinal. Bulletin de la Société de dermatologie 1907, p. 109.

LARIER. — Traité de Dermatologie (Masson).

FERRABOUC, PARAIRE, PELLERAT. — Urticaire consécutive à une vaccination triple, Société de médecine militaire, juillet 1937.

- FERRABOUC, FRIESS, ROLLAND. — A propos d'un cas d'urticaire par vaccin. Bulletin de la société de Dermatologie 1937.
- FERRABOUC, CURVEILLE, MOZZICONACCI. — Psoriasis vaccinal. Société de médecine militaire, juin 1937.
- FERRABOUC et MOZZICONACCI. — Deux accidents de la vaccination triple. Société de médecine militaire, octobre 1937.
- FREEMANN. — Eczéma après vaccin jennérien 1902. Annales de Dermatologie-Vénéréologie.
- GOUNELLE. — Herpès vaccinal. Société de médecine des hôpitaux 1931.
- GOUGEROT. — Dermatologie en clientèle. Bulletin de la Société de Dermatologie 1931-1933. Paris médical 1919. Tricophyties post-vaccinales.
- E. de GREGORIO. — Tricophyties. Annales de Dermatologie et de vénéréologie, septembre 1934.
- GUILLEMAN et PASSA. — Société de médecine militaire 14 février 1935.
- HALLOPEAU. — Bulletin de la société de Dermatologie 1907.
- C. JANSEN. — Erythème post-vaccinal.
- JOLTRAIN. — Les urticaires.
- LAVERGNE et BIZE. — Société de médecine des hôpitaux 1924.
- MIENICKI et NARDJEWSKI. — Psoriasis après tuberculine.
- NICOLAS. — Bulletin de la société de Dermatologie 1909, p. 306.

- PAISSEAU et DUCAS. — Purpura hémorragique consécutif à une vaccination anti-diphtérique. Société de Pédiatrie, 18 novembre 1930.
- PERIN et HUWART. — Kératite syphilitique déclenchée par TAB. Société de Dermatologie, mai 1937.
- HAVAUT et RABEAU. — Bulletin de la société de Dermatologie 1929. Réunion de Lyon.
- SEZARY. — Traité de Dermatologie (Masson).
- SEZARY et GALLERAND. — Erythème polymorphe. Bulletin de la société de Dermatologie, 15 janvier 1931.
- CLEMENT SIMON. — Un accident dû au propidon. Bulletin de la société de Dermatologie. 1937.
- SPILLMANN. — Bulletin de la société de Dermatologie. Réunion de Nancy 1923, p. 31.
- STEWALGON. — Annales de Dermatologie-vénéréologie 1903, p. 973.
- J. SUBERVIE. — Un cas d'éruption post-vaccinale. Maroc-Médical 1932.
- TEISSIER et TANON. — Traité de médecine de Roger Vidal-Teissier, article vaccine.
- EUGENE TERRIEN. — Un accident rare de la vaccination antityphoïdique. Presse médicale, 17 novembre 1934.
- TOWLE. — Eruption vaccinale. Annales de Dermatologie. Vénéréologie 1903, p. 83.

